

# 診 断 書

(あて先) 逗 子 市 長

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり診断する。

氏 名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 ( 歳)
診 断 日				
傷 病 名				
上記傷病による 児童保育の可否	<input type="checkbox"/> 保育に支障なし <input type="checkbox"/> 保育困難 <input type="checkbox"/> 保育不可			
症 状 等	※保育が困難な状況を具体的に記入してください。			
今後の治療 見込期間	入院      年      月      日      ～      年      月      日			
	通院      年      月      日      ～      年      月      日 (通院の頻度：週      回 ・ 月      回)			

<保護者記入欄>

児 童 氏 名	利 用 施 設 名
	( <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 入所中)
	( <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 入所中)